# Duurbelastbaarheid in Arbeid

standaard

8 juli 2015
UWV/Sociaal Medische Zaken – Centraal Expertise Centrum
La Guardiaweg 94
1043 DL Amsterdam

## Inhoud

# Inleiding

Voor u ligt de geheel herziene standaard Duurbelastbaarheid in Arbeid. Ook de naam is veranderd, want de titel van de uit januari 2000 stammende Lisv-standaard luidde: Verminderde arbeidsduur.

Het heeft meer dan tien jaar geduurd voor deze herziene versie gereed was. Daarmee bestaat het gevaar dat de herziening van de standaard inmiddels door de werkelijkheid is ingehaald. Voor een deel is dat ook zo. Bij aanvang van de herzieningswerkzaamheden was het nog de bedoeling om bij de oplevering van de nieuwe standaard van een richtlijn te kunnen spreken. De eisen aan richtlijnen gesteld zijn echter in de afgelopen tien jaar zodanig toegenomen dat deze standaard daar niet aan voldoet.

*Doelgroep en status*
De standaard is geschreven met het oog op de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetgeving in Nederland: de WAO, de WIA, de Wajong, de WAZ, de Ziektewet en de Wet Verbetering Poortwachter. Daarmee is de standaard bedoeld voor gebruik door (verzekerings)artsen die voor of in opdracht van UWV de duurbelastbaarheid van cliënten moeten bepalen. Maar ook als UWV (i.c. de afdeling Sociaal Medische Zaken) in ander verband als onderdeel van een sociaal medische beoordeling de duurbelastbaarheid van cliënten vaststelt dienen de (verzekerings)artsen deze standaard bij hun oordeelsvorming aan te houden. Te denken valt aan participatiegerichte beoordelingen voor externe opdrachtgevers en beoordelingen die in het kader van de Participatiewet en de Wajong 2015 door UWV worden gedaan.
Deze standaard moet dus worden gezien als een standaard voor gebruik binnen UWV, waar anderen weliswaar hun voordeel mee kunnen doen, maar zich niet aan behoeven te committeren.

*Perspectief*
Gezien de ontwikkelingen die in de loop der jaren hebben plaatsgevonden moet deze standaard worden gezien als een overgangsproduct. Het perspectief is een multidisciplinaire richtlijn voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Over de ontwikkeling daarvan zijn enige tijd geleden al principeafspraken gemaakt tussen de beroepsverenigingen van bedrijfsartsen (NVAB) en verzekeringsartsen (NVVG). Bij die ontwikkelingen zullen ook andere (medische) beroepsverenigingen worden betrokken waarvan verondersteld mag worden dat zij relevante inbreng kunnen leveren. Daarnaast is het de bedoeling de wetenschappelijke basis verder te verstevigen door gedegen literatuuronderzoek en het zo mogelijk gebruik maken van onderzoek dat bij het verschijnen van deze standaard gaande is.
Het ontwikkelen van een dergelijke richtlijn kost naar verwachting veel tijd. Te veel om af te zien van het laten verschijnen van deze herziene versie van de standaard. Enerzijds omdat vanuit de uitvoering al lange tijd wordt aangedrongen op herziening, anderzijds omdat deze standaard meer en betere handvatten geeft voor de beoordeling van de duurbelastbaarheid dan de standaard uit 2000.

*Aanleiding tot herziening van de standaard Verminderde arbeidsduur*
Er waren destijds meerdere aanleidingen om tot herziening van de bestaande standaard over te gaan:

- de standaard werd door veel gebruikers als te weinig concreet ervaren;
- de standaard gaf te veel ruimte voor interpretatie; hiermee samenhangend: een grote bandbreedte bij de toepassing ervan (wel/geen en meer/minder beperking in duurbelastbaarheid);
- onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing, waardoor ruimte voor het laten meewegen van gedragsmatige aspecten bij het vaststellen van een beperking.

Zowel het tweede als het derde punt kon worden geïnterpreteerd als het ontbreken van een voldoende duidelijke norm voor het vaststellen van de duurbelastbaarheid.

*Doel van de standaard*
Het doel van de standaard is verzekeringsartsen meer en concretere handvatten geven voor het beoordelen van de duurbelastbaarheid. Daarmee kan de standaard ten opzichte van die uit 2000 ook een betere basis bieden voor een inzichtelijke en meer uniforme beoordeling.

*Totstandkoming van de standaard*
Een ontwikkelgroep bestaande uit (gemiddeld over de jaren) zes verzekeringsartsen heeft de herziening van de standaard ter hand genomen. In de eerste periode heeft ook een arbeidsdeskundige aan de ontwikkelgroep deelgenomen. Het aanvankelijke plan om ook een bedrijfsarts bij de besprekingen te betrekken is nooit gerealiseerd.
Tot drie keer toe is een uitgebreid onderzoek binnen de internationale literatuur verricht, waarvan de resultaten in de standaard zijn verwerkt (een laatste update vond plaats in de zomer van 2014).
Een eerste uitgewerkt concept werd in 2010 ter becommentariëring aan enkele tientallen verzekeringsartsen voorgelegd. Ook hebben enkele verzekeringsartsen de standaard in de praktijk uitgeprobeerd. Hoewel de verwachting was dat de meningen verdeeld zouden zijn bleken de reacties overwegend negatief, hetgeen aanleiding was om het concept in te trekken en niet op de ingeslagen weg door te gaan. De belangrijkste reden was dat er veel bezwaren waren tegen de introductie van een norm voor de duurbelastbaarheid van 48 uur op weekbasis.
Om uit de ontstane impasse te komen heeft de ontwikkelgroep toen besloten om een themabijeenkomst te houden waarvoor verzekeringsartsen werden uitgenodigd die een meer dan gemiddelde belangstelling hadden getoond voor dit onderwerp. Deze bijeenkomst vond plaats in het voorjaar van 2012 en de resultaten daarvan zijn bepalend geweest voor de standaard zoals die er nu ligt.
In de zomer van 2014 is een nieuw concept opgeleverd dat ook nu weer ter becommentariëring aan enkele tientallen verzekeringsartsen is voorgelegd. Nu waren de reacties overwegend positief. Voor zover niet positief was het belangrijkste kritiekpunt dat men de toegevoegde waarde ten opzichte van de 'oude' standaard te beperkt vond. De commentaarronde heeft veel verbetervoorstellen opgeleverd die in deze eindversie zijn verwerkt.
Ook de beroepsverenigingen NVVG en NVAB is om een reactie en om commentaar gevraagd.
Het commentaar van de NVVG betrof, kort samengevat, de status en de wetenschappelijke onderbouwing van de standaard. Dat was aanleiding om in deze inleiding expliciet op deze aspecten in te gaan. Ook was er twijfel gerezen over het draagvlak voor de standaard. Gezien de reacties uit de uitvoering is dat draagvlak er naar de mening van de werkgroep zeker. Ook is de werkgroep overtuigd van de meerwaarde van deze standaard ten opzichte van die uit 2000. Daarbij speelt ook de verwerking van relevante literatuurgegevens, ook al valt er op de kwaliteit van het literatuuronderzoek waarschijnlijk wel wat aan te merken, een belangrijke rol. Zover waren we niet in 2000. Overigens zijn ook de verbetersuggesties van de NVVG zo veel mogelijk in de eindversie verwerkt.
De NVAB was van mening dat deze standaard een verbetering is ten opzichte van de oude standaard en kon zich ook vinden in de gekozen benadering. Daarnaast ook kritiekpunten, zoals onduidelijkheid over doelgroep en reikwijdte van de standaard, onvoldoende onderbouwing met literatuur en het gebrek aan betrokkenheid van andere disciplines. De NVAB heeft daarbij een groot aantal concrete suggesties gedaan die in de eindversie kon worden verwerkt.

*Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de standaard uit 2000*
Allereerst de titel: 'Duurbelastbaarheid in Arbeid'. Deze bevat twee belangrijke wijzigingen:

1. De term arbeidsduur in de standaard 2000 verwijst indirect naar de belastbaarheid: de duur van de arbeid die iemand kan verrichten. Duurbelastbaarheid geeft duidelijk aan dat het gaat om de belastbaarheid, en wel over de duur daarvan gerelateerd aan arbeid.
2. De term verminderde is weggelaten. Je kunt alleen over 'verminderd' spreken als er een maatstaf is ten opzichte waarvan iets is verminderd. In de standaard 2000 was dat de voltijdse werkweek. Tijdens de ontwikkeling van deze standaard groeide het besef dat het moeilijk is een min of meer zuivere medische belastbaarheidsnorm te stellen. Voor de in het eerste concept voorgestelde norm bestond in 2010 geen draagvlak. De standaard gaat er nu vanuit dat er onvoldoende grond is voor een algemeen geldige maatstaf voor de duurbelastbaarheid bij gezonde personen om daaraan vervolgens bij mensen met een beperking het predicaat 'verminderde duurbelastbaarheid' te kunnen koppelen.
   Dit maakt de oordeelsvorming er overigens niet gemakkelijker op en aan de kritiekpunten op de standaard 2000 kan mede daardoor niet volledig tegemoet worden gekomen.

Een tweede belangrijke wijziging is dat bij de bepaling van de duurbelastbaarheid niet meer de werkweek als referentiepunt geldt, maar de werkdag. De belangrijkste reden daarvoor is het 24-uurs bioritme van de mens.
Een derde belangrijke wijziging is dat bij de bepaling van de duurbelastbaarheid het begrip recuperatienoodzaak een centrale plaats heeft gekregen. Het niveau waarop de duurbelastbaarheid wordt vastgesteld berust vooral op de mate waarin de recuperatienoodzaak is toegenomen. Dit geldt voor de indicatie stoornis in de energiehuishouding en in zekere zin ook voor de indicatie preventief. De indicatie verminderde beschikbaarheid is van een andere orde.
De laatste belangrijke wijziging is dat het indicatiegebied preventief een concretere invulling heeft gekregen en daarmee ook een zekere begrenzing. De kwaliteit van de indicatiestelling kan daardoor toenemen, mede door een beter onderscheid met de indicatie stoornis in de energiehuishouding.

*Overige aspecten*
Het belang van de beoordeling van de duurbelastbaarheid is groot. Het vermogen om te werken wordt in grote mate beïnvloed door de duurbelastbaarheid. Dat werkt zowel door in de mate waarin iemand kan participeren als op de vraag of iemand voor een uitkering in aanmerking komt – en op de hoogte van de uitkering.

De standaard heeft uitsluitend betrekking op de duurbelastbaarheid en niet op andere aspecten die te maken hebben met werktijden, zoals het werken in ploegendiensten en het werken tijdens verschillende perioden van het etmaal.

De standaard heeft ook geen betrekking op de beoordeling van het aspect 'gedurende ten minste een periode van een uur aaneengesloten kunnen werken', dat onderdeel is van het arbeidsvermogenscriterium van de Wajong 2015. Bij dát criterium gaat het om een bepaalde mate van zelfstandig functioneren en niet om de duurbelastbaarheid.

De standaard heeft wel betrekking op twee andere onderdelen van de Participatiewet, waarvan het uitvoeringsbeleid is opgenomen in het zogeheten Compendium Participatiewet:

1. De indicatiestelling medische urenbeperking, welke door gemeenten kan worden aangevraagd.
2. De beoordeling van het aspect 'ten minste vier uur per dag belastbaar zijn', dat onderdeel is van het arbeidsvermogenscriterium van de Wajong 2015.

Deze standaard is vanwege deze betrokkenheid als bijlage opgenomen in het Compendium en is tegelijkertijd daarmee verschenen.

## Samenvatting

### 1. Wettelijk kader

De verzekeringsarts verricht zijn werk binnen wettelijke kaders namelijk de van toepassing zijnde artikelen van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, de arbeidstijdenwet en de relevante Europese regelgeving (stand van zaken 2015).

### 2. Professioneel verzekeringsgeneeskundig kader

De verzekeringsarts maakt gebruik van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden om binnen de kaders van wet- en regelgeving tot een beargumenteerd oordeel te komen.

### 3. Uitgangspunt

De verzekeringsarts dient in zijn oordeelsvorming altijd expliciet aandacht te besteden aan de duurbelastbaarheid van cliënt in de volgende gevallen:

- Cliënt zelf is van mening hoe dan ook niet ten minste acht uur per dag te kunnen werken.
- De verzekeringsarts heeft aanwijzingen, op basis van de gegevens die hij vergaart, dat cliënt wellicht niet ten minste acht uur per dag kan werken.
- Cliënt is zelf van mening niet ten minste een aantal uren ter grootte van de maatman-/maatvrouwomvang te kunnen werken, (ook) als deze groter is dan (gemiddeld) acht uur per dag.
- De verzekeringsarts heeft aanwijzingen, op basis van de gegevens die hij vergaart, dat cliënt wellicht niet ten minste een aantal uren ter grootte van de maatman-/maatvrouwomvang kan werken, (ook) als deze groter is dan (gemiddeld) acht uur per dag.

### 4. Onderzoek

De verzekeringsarts volgt de werkwijze zoals die in de standaard Onderzoeksmethoden is vastgelegd.
De verzekeringsarts kan daarbij argumenten voor het vaststellen van de duurbelastbaarheid ontlenen aan de hieronder genoemde onderzoekselementen.

1. aspecten van de anamnese
2. eigen onderzoek
3. aard en ernst van de aandoening
4. de behandeling
5. het dagverhaal/functioneren in de thuissituatie/privésituatie
6. deconditionering
7. het herstel- en participatiegedrag
8. het historisch functioneren inclusief verzuimhistorie
9. waarnemingen door derden
10. persoonlijkheidsaspecten, cognities en psychodynamische mechanismen
11. aanvullende gegevens

## 5. Oordeelsvorming

De verzekeringsarts legt de duurbelastbaarheid van cliënt vast in stappen van gemiddeld ongeveer twee uur per dag. Een andere conclusie is mogelijk als daar concrete, specifieke redenen voor zijn.

De verzekeringsarts kan op grond van de volgende indicatiegebieden de duurbelastbaarheid van cliënt beperken:

1. Stoornis in de energiehuishouding
2. Preventief
3. Verminderde beschikbaarheid

De grenzen tussen deze indicatiegebieden zijn niet altijd scherp te trekken.

De bepaling van de duurbelastbaarheid vindt als volgt plaats:

1. Bij de indicatie stoornis in de energiehuishouding:
De verzekeringsarts bepaalt de duur en de frequentie van de noodzakelijke extra recuperatieperiodes. De noodzaak voor deze extra recuperatieperiodes moet logisch volgen uit consistente en samenhangende onderzoeksbevindingen en de aard en ernst van het onderliggende medische beeld.

2. Bij de indicatie preventief:
Bij een aandoening waarvan bekend is dat ziekteverschijnselen kunnen optreden of verergeren bij een toenemende duurbelasting wordt de duurbelastbaarheid bepaald. De verzekeringsarts schat de duurbelastbaarheid in waarboven ziekteverschijnselen optreden of verergeren. Hij betrekt hierbij altijd in het verleden opgedane ervaringen.

3. Bij de indicatie verminderde beschikbaarheid:
De verzekeringsarts stelt vast hoeveel uur per week cliënt vanwege een noodzakelijke behandeling niet in staat is arbeid te verrichten.
Het aantal niet beschikbare uren is bepalend voor het aantal uren per week dat cliënt kan werken. Dit aantal hangt mede af van het moment of de momenten waarop cliënt niet beschikbaar kan zijn.

## 6. Rapportage

Als de verzekeringsarts bij zijn oordeelsvorming ook de duurbelastbaarheid van de cliënt expliciet heeft betrokken motiveert hij zijn conclusie in de rapportage, in het bijzonder bij het onderdeel Beschouwing.

# Standaard

## 1. Wettelijk kader

De verzekeringsarts verricht zijn werk binnen wettelijke kaders namelijk de van toepassing zijnde artikelen van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, de arbeidstijdenwet en de relevante Europese regelgeving (stand van zaken 2015).

### Toelichting

Wat in deze standaard staat beschreven valt, veelal ruim, binnen de aangegeven kaders, met name de normen van de arbeidstijdenwet en de Europese regelgeving.

Hieronder volgt per bron een overzicht van de van toepassing zijnde bepalingen.

*Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten*
In de artikelen 3 en 4 van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten zijn respectievelijk het doel en de kwaliteitseisen van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek geregeld.

**Artikel 3 Doel verzekeringsgeneeskundig onderzoek**

1. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek strekt ertoe vast te stellen of betrokkene ten gevolge van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is tot werken.
2. Daarbij onderzoekt de verzekeringsarts of bij betrokkene sprake is van vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie, die vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten en van normale sociale rolvervulling tot gevolg heeft.
3. Tevens stelt de verzekeringsarts vast welke beperkingen betrokkene in zijn functioneren in arbeid ondervindt ten gevolge van het verlies of vermindering van vermogens, bedoeld in het tweede lid, alsmede in welke mate betrokkene belastbaar is voor arbeid.
4. De verzekeringsarts stelt bij een beoordeling van het duurzaam geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie hebben, bedoeld in de hoofdstukken 1a en 3 van de Wajong, van de volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid, bedoeld in hoofdstuk 2 van de Wajong, en van de volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid, bedoeld in de Wet WIA, vast of de gevolgen van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling waardoor de betrokkene ongeschikt is tot werken duurzaam zijn.

**Artikel 4 Kwaliteitseisen verzekeringsgeneeskundig onderzoek**

1. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek voldoet aan de volgende vereisten:
   a. de gebruikte onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek worden schriftelijk vastgelegd;
   b. een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd verzekeringsgeneeskundig onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden;
   c. de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek zijn vrij van innerlijke tegenspraak.
2. De vaststellingen en het onderzoek, bedoeld in artikel 3, geschieden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden die gericht zijn op het kunnen vaststellen van ongeschiktheid tot werken als gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling.

*Arbeidstijdenwet*
In de arbeidstijdenwet is kort samengevat het volgende geregeld:

Maximaal aantal uren werktijd

- Een werknemer mag maximaal 12 uur per dienst werken. Per week mag maximaal 60 uur worden gewerkt.
- Een werknemer mag niet iedere week het maximaal aantal uren werken. Over een langere periode bekeken, zien de werkuren er zo uit:
  - gemiddeld 55 uur per week in een periode van vier weken lang. In een collectieve regeling (bijvoorbeeld cao) kunnen hierover afwijkende afspraken gemaakt zijn. Maar een werknemer mag nooit meer dan 60 uur per week werken;
  - gemiddeld 48 uur per week in een periode van 16 weken lang. Werknemer en werkgever maken samen afspraken hoe de werknemer de werktijd per dag en per week invult.

Rust na werktijd

- Na een werkdag mag een werknemer 11 uur aaneengesloten niet werken. Wel mag deze rustperiode eens in de 7 dagen ingekort worden tot 8 uur als de aard van het werk of de bedrijfsomstandigheden dit nodig maken.
- Bij een 5-daagse werkweek mag een werknemer na een werkweek 36 uur aaneengesloten niet werken.
- Een langere werkweek is ook mogelijk, mits in een periode van 14 dagen de werknemer minimaal 72 uur aaneengesloten niet werkt. Deze periode mag worden gesplitst in onafgebroken perioden van elk ten minste 32 uur.

Pauze houden

- Werkt een werknemer langer dan 5,5 uur, dan heeft hij minimaal 30 minuten pauze. Die mag worden gesplitst in 2 keer een kwartier.
- Werkt een werknemer langer dan 10 uur, dan is de pauze minstens 45 minuten. Die mag worden gesplitst in meer pauzes van minimaal een kwartier.
- In een collectieve regeling (bijvoorbeeld cao) kunnen afspraken worden gemaakt over minder pauzes. Maar als de werknemer langer dan 5 1/2 uur werkt, heeft hij in ieder geval 15 minuten pauze.

Afwijkende regels gelden bij bepaalde beroepen en in geval van zwangerschap en na de bevalling.

*Europese regelgeving*
De Europese regelgeving gaat voor gezonde werknemers uit van de duurbelastbaarheid zoals weergegeven in de Working Time Directive 2003/88/EC. In deze Working Time Directive wordt kort samengevat gesteld dat:

- Er bij toename van de arbeidsduur een toename van gezondheidsproblematiek ontstaat en een toename van het aantal ongevallen. Wat nog aanvaardbaar is, is in zekere zin een keuze. Het afkappunt wordt gekozen bij een gemiddelde werkweek van 48 uur.
- Er na ongeveer zeven tot negen werkuren per dag, onder andere afhankelijk van de te verrichten activiteiten en de pauzes, een recuperatienoodzaak bestaat, bestaande uit ontspannende bezigheden en/of slaap.
- Eén dag rust per week vaak niet voldoende is om te recupereren, met name niet als er sprake is van een hoge werkbelasting.
- Er moet worden geprobeerd om accumulatie van vermoeidheid te voorkomen, dat wil zeggen dat waar mogelijk een rustperiode ingelast moet worden voordat vermoeidheid optreedt.
- Voor wat betreft de vermoeibaarheid de aard en intensiteit van de werkinhoud van belang is.
- In het algemeen een rustperiode van elf aaneengesloten uren gezien wordt als de minimum dagelijks noodzakelijke rustperiode.

- Werkzaamheden op ongewone uren (zaterdag, zondag, avond, nacht, ploegendienst) zeker in combinatie met lange werktijden het beste gecompenseerd kunnen worden door extra vrije tijd.
- Het van belang is om het circadiane ritme zo min mogelijk te verstoren.

## 2. Professioneel verzekeringsgeneeskundig kader

De verzekeringsarts maakt gebruik van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden om binnen de kaders van wet- en regelgeving (zie wettelijk kader) tot een beargumenteerd oordeel te komen.

### Toelichting

Onder de algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden valt het gebruik van de verzekeringsgeneeskundige protocollen (zie www.nvvg.nl). Immers de protocollen beogen verzekeringsartsen te ondersteunen om hun handelen beter te onderbouwen en te richten.
De verzekeringsarts streeft er bovendien naar om zoveel mogelijk evidence based te handelen en te oordelen.

## 3. Uitgangspunt

De verzekeringsarts dient in zijn oordeelsvorming altijd expliciet aandacht te besteden aan de duurbelastbaarheid van cliënt in de volgende gevallen:

1. Cliënt zelf is van mening hoe dan ook niet ten minste acht uur per dag te kunnen werken.
2. De verzekeringsarts heeft aanwijzingen, op basis van de gegevens die hij vergaart, dat cliënt wellicht niet ten minste acht uur per dag kan werken.
3. Cliënt is zelf van mening niet ten minste een aantal uren ter grootte van de maatman-/maatvrouwomvang te kunnen werken, (ook) als deze groter is dan (gemiddeld) acht uur per dag.
4. De verzekeringsarts heeft aanwijzingen, op basis van de gegevens die hij vergaart, dat cliënt wellicht niet ten minste een aantal uren ter grootte van de maatman-/maatvrouwomvang kan werken, (ook) als deze groter is dan (gemiddeld) acht uur per dag.

### Toelichting

De beoordeling van de duurbelastbaarheid richt zich op het aantal uren per dag waarop iemand belastbaar is. De reden daarvoor is dat het bioritme van inspanning, recuperatie en slaap een 24-uurs ritme kent. Dat betekent dat iemand die één dag in de week een bepaald aantal uren kan werken, dat in principe ook op de andere werkdagen moet kunnen doen.

Met opzet wordt hier van werkdagen gesproken om aan te geven dat de standaard in dit opzicht wil aansluiten bij wat in Nederland te doen gebruikelijk is. Waar in de uitvoeringspraktijk een vertaalslag naar uren per week moet worden gemaakt gaat de verzekeringsarts dan ook uit van een vijfdaagse werkweek.

***Bij 1***
De verzekeringsarts is verplicht om de claim van cliënt om niet ten minste acht uur per dag te kunnen werken te beoordelen.
De verzekeringsarts gaat met cliënt na of hij bedoelt zijn eigen werk niet ten minste acht uur per dag te kunnen verrichten of dat hij doelt op arbeid in het algemeen.

***Bij 2***
De verzekeringsarts kan op basis van de gegevens van de bedrijfsarts en/of zijn eigen onderzoeksgegevens de hypothese formuleren dat cliënt niet ten minste acht uur per dag kan werken. Een dergelijke hypothese is alleen aan de orde als één van de onder 5. Oordeelsvorming genoemde indicaties van toepassing kan zijn.

***Bij 3 en 4***
Een bijzondere situatie is die waarbij de omvang van de maatman/maatvrouw groter is dan (gemiddeld) acht uur per dag. Als cliënt van mening is in geen geval nog een zelfde aantal uren te kunnen werken (of de verzekeringsarts veronderstelt dat dat het geval zou kunnen zijn) is het niet voldoende dat de verzekeringsarts concludeert dat cliënt ten minste acht uur per dag kan werken. Hij moet dan aangeven of cliënt nog ongeveer een gelijk aantal uren als voorheen kan werken of eventueel minder uren (in die zin is ook dan sprake van een verminderde duurbelastbaarheid).
Dit geldt ook als de maatman-/maatvrouw zodanig groter is dat de normen vanuit de arbeidstijdenwet en de Europese regelgeving worden overschreden. Deze normen zijn tot stand gekomen op grond van een afweging van de aanvaardbaarheid van toename van gezondheidsproblematiek en het aantal ongevallen bij een toenemende duurbelasting[4,, 8, 9]. De normen zeggen niets over de (on)mogelijkheid om een grotere belasting aan te kunnen. Als een cliënt ervoor heeft gekozen om meer uren te werken

dan op grond van deze normen is vastgesteld, dan is dat geen reden om voor de beoordeling van de duurbelastbaarheid genoemde normen als bovengrens te gebruiken. Ook in een dergelijk geval is namelijk sprake van verzekerde arbeid en moet de verzekeringsarts antwoord geven op de vraag of cliënt nog steeds zodanig belastbaar is dat hij het aantal verzekerde uren kan werken.

## 4. Onderzoek

De verzekeringsarts volgt de werkwijze zoals die in de standaard Onderzoeksmethoden is vastgelegd. Speciale aandacht behoeven die onderdelen van het onderzoek die gericht zijn op of raakvlakken hebben met mogelijk energieverlies en een toegenomen recuperatienoodzaak.
De verzekeringsarts kan argumenten voor het vaststellen van de duurbelastbaarheid ontlenen aan de hieronder genoemde onderzoekselementen.

1. aspecten van de anamnese
2. eigen onderzoek
3. aard en ernst van de aandoening
4. de behandeling
5. het dagverhaal/functioneren in de thuissituatie/privésituatie
6. deconditionering
7. het herstel- en participatiegedrag
8. het historisch functioneren inclusief verzuimhistorie
9. waarnemingen door derden
10. persoonlijkheidsaspecten, cognities en psychodynamische mechanismen
11. aanvullende gegevens

**Toelichting**

***1 Aspecten van de anamnese***
In de verzekeringsgeneeskundige anamnese wordt een inventarisatie gemaakt van de concrete beperkingen die de cliënt in zijn functioneren zegt te ervaren, wat de cliënt denkt nog wél te kunnen, het dagverhaal, van diens activiteiten om (weer) te kunnen functioneren: herstelgedrag. De verzekeringsarts beoordeelt de mededelingen van de cliënt op hun plausibiliteit en consistentie.
Daarbij richt de verzekeringsgeneeskundige anamnese zich met name op:

- een eventueel toegenomen noodzaak tot recuperatie, zoals: toegenomen behoefte aan rust, mate van herstel na rust, vermoeidheid na rust, verhoogde slaapbehoefte, e.d.
- de eventueel verhoogde prikkelbaarheid bij geringe inspanning als uiting van een verhoogd activatieniveau
- een mogelijke samenhang van deze verschijnselen met de aard en ernst van de onderliggende aandoening

***2 Eigen onderzoek***
Het eigen onderzoek omvat een gericht onderzoek naar de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van de cliënt.
Tijdens het onderzoek in de spreekkamer *kunnen* de volgende bevindingen de claim op een toegenomen recuperatienoodzaak ondersteunen:

- waarneembaar optredende vermoeidheid
- afnemende aandacht/concentratie
- afnemende levendigheid van de mimiek
- toenemende prikkelbaarheid
- toenemende emotionele labiliteit
- vegetatieve remming

De genoemde elementen zijn niet limitatief of verplichtend, maar kunnen bijdragen aan het verifiëren van de toegenomen recuperatienoodzaak. De verzekeringsarts beoordeelt of de bevindingen in overeenstemming zijn met reeds bekende gegevens en met wat de cliënt over zijn beperkingen meegedeeld heeft.

***3 Aard en ernst van de aandoening***
De verzekeringsarts beoordeelt of wat de cliënt over zijn beperkingen heeft meegedeeld in overeenstemming is met de aard en de ernst van de aandoening.

Te denken valt aan theoretische kennis over de aandoening, maar ook aan onderzoek dat licht kan werpen op duurbelastbaarheidsaspecten zoals:

- gegevens van inspanningsonderzoek
- gegevens van capaciteits- en functieonderzoek
- gegevens psychologisch onderzoek, zeker indien verricht door een in arbeidspsychologische aspecten gespecialiseerd bureau

De verzekeringsarts beoordeelt daarbij onder andere de waarde van de uitkomsten van het onderzoek voor de claimbeoordeling. Aspecten daarbij zijn onder andere de vraagstelling van dan wel reden voor de onderzoeken, het moment van onderzoek ten opzichte van het beoordelingsmoment, en bij bijvoorbeeld inspanningsonderzoek de reden van stoppen.

***4 De behandeling***
De verzekeringsarts gaat na of cliënt behandeling heeft gezocht[(5)]. Als dat niet zo is, dan zet dat vraagtekens bij de geclaimde (ernst van de) problematiek.

Indien er sprake is van behandeling, dan beoordeelt de verzekeringsarts of de behandeling adequaat is, of cliënt de behandeling gemotiveerd volgt en hij beoordeelt het tijdsbeslag van de behandeling.

Voor de bepaling van de duurbelastbaarheid is van belang om te onderzoeken:
- in hoeverre de behandeling maakt dat cliënt feitelijk niet aanwezig kan zijn
- wat het effect is van de voorbereiding op een behandeling, van de behandeling zelf en/of van het herstel van een behandeling op het totale functioneren van cliënt

***5 Het dagverhaal/functioneren in de*** **thuissituatie/privésituatie**
Een toegenomen recuperatienoodzaak, uitgedrukt in uren per dag, is een maat voor een verminderde duurbelastbaarheid. Daarom moet een representatief en nauwkeurig dagverhaal een wezenlijk onderdeel zijn van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.

Specifiek gericht op de duurbelastbaarheid verdienen de volgende aspecten de aandacht:

- het aantal uren dat cliënt slaapt, de kwaliteit van de slaap, en de slaaphygiëne
- het aantal uren dat cliënt overdag rust of slaapt
- antwoord op de vraag of cliënt is uitgerust na rust of slaap
- koffiegebruik (voor het slapen gaan)
- activiteiten (zoals sporten, een warm bad) voor het slapen gaan
- is er sprake van tempoverlies, zo ja, in algemene zin of bij specifieke activiteiten, en waaruit blijkt dit?
- laat cliënt bepaalde activiteiten na, omdat hij het gevoel heeft daarvoor onvoldoende energie te hebben?
- wat gebeurt er, in de zin van klachten of symptomen, als cliënt niet de extra rust neemt die hij nodig denkt te hebben, zijn tempo niet aanpast, enzovoort?
- zijn alle dagen ongeveer hetzelfde of zijn er verschillen in activiteitenniveau en noodzaak tot recuperatie; wat zijn mogelijke verklaringen?
- is het huidige activiteitenniveau afgenomen ten opzichte van voorheen? Heeft cliënt sport, hobby’s, en dergelijke opgegeven omdat hij zich daartoe niet meer in staat acht?

- is er sprake van een verhoogde belasting, terwijl de belastbaarheid niet is meegegroeid, zoals bij belastende aspecten in de thuissituatie (bijvoorbeeld de opvoeding van kinderen, de verzorging van zieken, en dergelijke)
- belemmerende factoren die reden zijn om op bepaalde dagen niet te kunnen respectievelijk te willen werken

Een gedetailleerd dagverhaal geeft een nauwkeurig beeld van het functioneren van cliënt. En omdat het dagverhaal een volledige 24-uurscyclus bestrijkt kan en mag het worden gebruikt bij het bepalen van de duurbelastbaarheid. Dit uiteraard op voorwaarde dat de verzekeringsarts zich ervan heeft kunnen overtuigen dat het dagverhaal representatief is voor het dagelijks functioneren van cliënt en consistent is met het vastgestelde medische beeld.

Uiteindelijk staat centraal de vraag of het dagelijks functioneren wordt gekenmerkt door één of meer langere perioden van niet gebruikelijke rust. Deze rustperiodes moeten kunnen worden beschouwd als noodzakelijke recuperatie. Noodzakelijk in die zin dat afzien van rust naar verwachting tot gevolg heeft dat het organisme niet voldoende herstelt van geleverde inspanning. Kennis van het onderliggende ziektebeeld bij de cliënt is belangrijk om de (mate van) de noodzaak van de recuperatie te bepalen.

De noodzaak voor recuperatie kan (ook) manifest worden of is in het recente verleden manifest geworden door een verminderde intensiteit van handelen, zich bijvoorbeeld uitend in een lager tempo of het minder frequent uitvoeren van een handeling, een daling van het intellectueel presteren of cognitief functioneren, prikkelbaarheid of, na langdurige cumulatie, door totale uitputting.

***6 Deconditionering***
Deconditionering ontstaat door het vermijden van activiteit. Dit kan al dan niet een gevolg van ziekte of behandeling zijn.
Alleen als ziekte of behandeling een rol bij deconditionering spelen kan (tijdelijk) gesproken worden van een afgenomen duurbelastbaarheid als rechtstreeks en objectief medisch vaststelbaar gevolg van ziekte dan wel gebrek. Cliënt is in de overige gevallen immers in staat om zijn conditie te verbeteren door zijn activiteitenniveau te vergroten.

***7 Het herstel- en participatiegedrag***[5]
Bij de beoordeling van het herstel- en participatiegedrag betrekt de verzekeringsarts de volgende aspecten:
- welke inspanningen verricht cliënt of heeft cliënt verricht om verbetering van zijn belastbaarheid te bereiken?
- heeft cliënt de grenzen van zijn mogelijkheden onderzocht, geprobeerd zijn activiteitenniveau te verhogen, geprobeerd het aantal uren dat hij werkt uit te breiden?
- waardoor is het niet gelukt om verbetering van de belastbaarheid te bereiken dan wel het aantal werkuren (verder) uit te breiden?

De mate waarin cliënt herstelgedrag heeft vertoond is op twee niveaus van belang voor de beoordeling:
- als cliënt zich niet maximaal heeft ingespannen om te herstellen zal eerder sprake zijn van een vorm van deconditionering en zijn de actuele mogelijkheden van cliënt wellicht groter dan uit het activiteitenniveau (en de mate van werkhervatting) blijkt
- als verder herstel in beginsel tot de mogelijkheden behoort kan dat ook betekenen dat zijn duurbelastbaarheid nog verder kan toenemen.

***8 Het historisch functioneren inclusief verzuimhistorie***
Ervaringen opgedaan in het verleden, zowel in werk, privé, als tijdens een herstelperiode, kunnen het huidige activiteitenniveau in het juiste perspectief plaatsen en op waarde schatten. Dit kan de verzekeringsarts helpen bij de analyse in hoeverre veranderd gedrag en veranderde tijdsbesteding te maken hebben met de ziekte en de

beperkingen. En dus ook om te beoordelen of er wellicht sprake is van deconditionering op een lager activiteitenniveau, en dus niet van een verminderde duurbelastbaarheid. Dit speelt vaak een rol als cliënt langdurig in het geheel niet heeft gewerkt of volledig uit het arbeidsproces is geweest. Maar ook als cliënt minder uren werkt moet de verzekeringsarts nagaan of dit primair samenhangt met de afgenomen mogelijkheden van cliënt of dat wellicht de aard van het werk, het werkklimaat, de werkorganisatie of andere factoren binnen of buiten de werksituatie hiervoor verantwoordelijk zijn.

De verzekeringsarts zoekt naar een knik in het functioneren. Hij besteedt daarbij aandacht aan zowel het functioneren in de privésituatie als het functioneren op school, tijdens stages, op het werk (voor zover van toepassing), en aan verslagen, rapportages, en ervaringen van eerdere re-integratiepogingen.
Het kan van belang zijn hierover ook bij werkgever en/of bedrijfsarts informatie te vragen. Het gaat er vooral om of uit de verzuimgegevens aanwijzingen kunnen worden ontleend die duiden op een verstoorde energiehuishouding. En waarbij het verzuim een manier was om aan de toegenomen recuperatienoodzaak invulling te geven.
Bij dit onderzoek kan eventueel de arbeidsdeskundige of een ondersteunend medewerker worden ingeschakeld.
Hierbij kan aandacht worden besteed aan de volgende aspecten:

- heeft cliënt in het verleden vaak en/of langdurig verzuimd?
- wat waren de redenen van het verzuim?
- wat heeft cliënt gedaan om het verzuim te voorkomen dan wel te bekorten?
- hoe zijn werkgever en bedrijfsarts met het verzuim omgegaan?
- werd het verzuim wel of niet geaccepteerd?
- hoe is het gesteld met lange-termijn-functioneren en arbeidsprestatie?
- wat zijn de indrukken van collega's en leidinggevende?
- gegevens verworven door middel van een proefplaatsing

### *9 Waarnemingen door derden*

De bedrijfsarts, de huisarts, en andere professionals, kunnen informatie geven over cliënt. Maar ook de werkgever, meegekomen familieleden, buren en anderen kunnen informatie verstrekken. Het gaat dan zowel om feitelijke informatie als over indrukken van cliënt. We denken daarbij bijvoorbeeld aan:

- informatie van de bedrijfsarts over het historisch functioneren inclusief verzuimhistorie (zie aldaar)
- informatie over persoonlijkheid en motivatie van cliënt
- informatie van de huisarts: naast de medische informatie eveneens informatie over functioneren van cliënt in thuis- en gezinssituatie

De verzekeringsarts is zich bewust vanuit welke context de informatie wordt verstrekt om de informatie op waarde te kunnen schatten.

### *10 Persoonlijkheidsaspecten, cognities en psychodynamische mechanismen*

Het gaat hier om die aspecten die van invloed zijn op de perceptie en cognitie van het eigen onvermogen van cliënt, zoals:

- negatief zelfbeeld
- gebrekkige coping stijl
- afgenomen motivatie (o.a. door negatieve werkervaringen: zwaar of saai werk, werkdruk, slechte werksfeer; beperkte regelmogelijkheden)[16, 17, 18]
- sociale factoren (zieke kinderen, schulden, relatieproblemen)
- negatief werkadvies van de behandelende sector
- negatieve attitude van de eigen sociale omgeving

Al deze aspecten kunnen van invloed zijn op zowel de presentatie van cliënt (anamnese, dagverhaal) als op zijn gedrag (deconditionering, herstel- en participatiegedrag).

De verzekeringsarts moet goed nagaan of perceptie en cognitie van cliënt en/of zijn omgeving een belangrijke rol spelen als cliënt aangeeft dat hij niet ten minste acht uur per dag kan werken. Veel cliënten met gezondheidsproblemen zijn ervan overtuigd dat zij ofwel niet in staat zijn om bijvoorbeeld meer dan vier uur op een dag te werken ofwel dat meer werken dan bijvoorbeeld vier uur op een dag schadelijk is, dat wil zeggen het lichaam of de geest nog verder aantast. De omgeving van de cliënt kan ook dergelijke opvattingen hebben. Deze opvattingen kunnen een buitengewoon sterke invloed op het gedrag hebben en kunnen leiden tot schade in de zin van het onvoldoende belasten van lichaam en geest. Dat kan er uiteindelijk zelfs toe leiden dat er meer gezondheidsklachten ontstaan en de belastbaarheid daadwerkelijk afneemt. Dit punt wordt echter niet snel bereikt.
Perceptie en cognitie over de duurbelastbaarheid als zodanig zijn nooit voldoende grond om tot een afgenomen duurbelastbaarheid te concluderen.

### *11 Aanvullende gegevens*
Bij twijfel of onduidelijkheid is aanvullend onderzoek of het opvragen van aanvullende informatie geboden.

## 5. Oordeelsvorming

De verzekeringsarts legt de duurbelastbaarheid van cliënt vast in stappen van gemiddeld ongeveer twee uur per dag. Een andere conclusie is mogelijk als daar concrete, specifieke redenen voor zijn.

De verzekeringsarts kan op grond van de volgende indicatiegebieden de duurbelastbaarheid van cliënt beperken:

1. Stoornis in de energiehuishouding
2. Preventief
3. Verminderde beschikbaarheid

De grenzen tussen deze indicatiegebieden zijn niet altijd scherp te trekken.

De bepaling van de duurbelastbaarheid vindt als volgt plaats:

1. Bij de indicatie stoornis in de energiehuishouding:
De verzekeringsarts bepaalt de duur en de frequentie van de noodzakelijke extra recuperatieperiodes. De noodzaak voor deze extra recuperatieperiodes moet logisch volgen uit consistente en samenhangende onderzoeksbevindingen en de aard en ernst van het onderliggende medische beeld.

2. Bij de indicatie preventief:
Bij een aandoening waarvan bekend is dat ziekteverschijnselen kunnen optreden of verergeren bij een toenemende duurbelasting wordt de duurbelastbaarheid bepaald. De verzekeringsarts schat de duurbelastbaarheid in waarboven ziekteverschijnselen optreden of verergeren. Hij betrekt hierbij altijd in het verleden opgedane ervaringen.

3. Bij de indicatie verminderde beschikbaarheid:
De verzekeringsarts stelt vast hoeveel uur per week cliënt vanwege een noodzakelijke behandeling niet in staat is arbeid te verrichten.
Het aantal niet beschikbare uren is bepalend voor het aantal uren per week dat cliënt kan werken. Dit aantal hangt mede af van het moment of de momenten waarop cliënt niet beschikbaar kan zijn.

### Toelichting

***Hoofdregel: globale schatting in stappen van gemiddeld ongeveer twee uur per dag***

De duurbelastbaarheid kan niet precies worden vastgesteld. Niet op de minuut nauwkeurig, maar veelal ook niet op het uur nauwkeurig. Daarover bestaat in hoge mate consensus onder verzekeringsartsen. Verzekeringsartsen vinden het wel mogelijk om de duurbelastbaarheid in stappen van ongeveer twee uur per dag te bepalen.
Op grond van deze hoofdregel stelt de verzekeringsarts de duurbelastbaarheid vast op twee, vier, zes, acht of ten minste acht uur per dag.
Toevoeging van een categorie 'ten minste acht uur per dag' heeft met het volgende te maken:

- als cliënt geen beperkingen heeft dan is zijn duurbelastbaarheid groter dan acht uur per dag;
- er is, gelet op het wettelijk kader, echter geen ruimte voor een volgende stap naar tien uur per dag – maar wel een noodzaak om ook een keus boven de acht uur per dag te kunnen maken, gelet op de diversiteit in arbeidspatronen.

*Uitzonderingen op de hoofdregel*
Op deze hoofdregel zijn uitzonderingen mogelijk, in die zin dat van de hoofdregel kan worden afgeweken:

- bij de indicatie verminderde beschikbaarheid, zie de toelichting hieronder.
- bij feitelijke werkhervatting

Bij feitelijke werkhervatting kunnen aan opgedane ervaringen argumenten worden ontleend om de duurbelastbaarheid vast te stellen. Echter als cliënt niet ten minste acht uur per dag in eigen werk kan functioneren, behoeft dat niet ook te gelden voor gangbare arbeid.
De feitelijke werkhervatting geeft daarom aan wat minimaal de duurbelastbaarheid van cliënt is. De verzekeringsarts moet vaststellen of cliënt bij een andere werkbelasting meer uren kan werken. Naarmate specifieke belastingaspecten bij de feitelijke werkhervatting een belangrijker rol spelen is er minder reden om voor gangbare arbeid ook op een verminderde duurbelastbaarheid uit te komen.

***Bepaling duurbelastbaarheid bij de indicatie stoornis in de energiehuishouding***

Een stoornis in de energiehuishouding laat zich moeilijk rechtstreeks meten, laat staan in een maat voor een beperkte duurbelastbaarheid uitdrukken. Bij verschillende ziektebeelden kunnen we wel onderzoek doen waaruit kan worden afgeleid van welke orde van grootte de stoornis in de energiehuishouding is.

Dit laat zich dan nog steeds niet rechtstreeks in een aantal uren (verminderde) duurbelastbaarheid vertalen. Bovendien kan eenzelfde totale belastbaarheid op meerdere manieren manifest worden. Zo kan energetisch zwaarder werk minder lang worden volgehouden.
Daarom leidt een stoornis in de energiehuishouding niet meteen tot een beperkte duurbelastbaarheid in algemene zin. De verzekeringsarts beoordeelt eerst of er nog sprake is van relevante belastbaarheid zonder van een beperkte duurbelastbaarheid uit te hoeven gaan.

Een stoornis in de energiehuishouding kan op vrij eenduidige wijze vastgesteld worden door de toegenomen noodzaak tot recuperatie vast te stellen. De stelling daarbij is dat een stoornis in de energiehuishouding altijd gepaard gaat met toename van de noodzaak tot recuperatie.
Hier wordt niet gedoeld op die situaties waarin recuperatie mogelijk is door afwisseling met andere activiteiten (die op zich weer productieve taken vormen). Als rust en ontspanning voorwaarden zijn kan de recuperatienoodzaak worden uitgedrukt in een aantal uren (extra) dat iemand nodig heeft om te herstellen, op krachten te komen en weer het punt te bereiken waarop hij tot een volgende prestatie in staat is. De duur en frequentie van de noodzakelijke recuperatieperiodes zijn daarmee een indicatieve maat voor de ernst van de verstoring van de energiehuishouding en bepalend voor de duurbelastbaarheid.

De belangrijkste meetinstrumenten voor de beoordeling van de toegenomen recuperatie noodzaak zijn het dagverhaal, de inhoud en constellatie van de medische gegevens en de perceptie en cognitie van het eigen onvermogen van cliënt.

Een stoornis in de energiehuishouding kan het gevolg zijn van zeer uiteenlopende klachten en aandoeningen. Klachten en aandoeningen zowel van lichamelijke als ook van psychische aard.

De verzekeringsarts bepaalt in welke mate een logische en consistente samenhang bestaat tussen de onderzoeksbevindingen en de aard en ernst van de aandoening in verband met de noodzaak tot extra recuperatie.

De energiehuishouding van het organisme kan op drie manieren verstoord zijn:
a. als gevolg van een tekort aan energie;
b. als gevolg van een te groot energieverbruik;
c. bij verminderde mogelijkheden om te kunnen recupereren.

*Ad a Tekort aan energie*
We spreken van een tekort aan energie als het organisme onvoldoende energie opneemt of niet voldoende in staat is de beschikbare energie efficiënt te gebruiken.
Voorbeelden:

- longfunctiestoornis: bij een diffusiestoornis kan het lichaam onvoldoende zuurstof/energie opnemen
- status na hartinfarct met verminderde pompfunctie: de maximaal beschikbare hoeveelheid zuurstof/energie per tijdseenheid is afgenomen
- hypothyreoïdie: door een vertraagde stofwisseling wordt de beschikbare energie onvoldoende in bruikbare energie omgezet

*Ad b Te groot energieverbruik*
We spreken van een te groot energieverbruik als het organisme (veel) meer energie gebruikt dan wat nog als normaal in het dagelijks leven kan worden beschouwd. Er kan dan uitputting ontstaan en in feite dus een (relatief) tekort. Voorbeelden:

- hyperthyreoïdie: door een versnelde stofwisseling wordt veel energie verbruikt die niet ten goede komt aan het leveren van gewenste prestaties;
- auto-immuunziekten
- kanker
- chronische ontstekingsprocessen
- een langdurig verhoogd, niet fysiologisch niveau van activatie (zie definitie)[19, 20, 21, 22, 23, 24, 25]. Dit kan ontstaan door een cumulatie van lichamelijke en/of psychische belasting, maar kan ook onderdeel zijn van bepaalde ziektebeelden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan: pijnsyndromen, langdurige overspanning, burn-out, angststoornissen en (hypo)manische ontregeling.

*Ad c Verminderde mogelijkheden tot recuperatie*
We spreken van een verminderde mogelijkheid tot recuperatie als het organisme onvoldoende kan herstellen van vermoeidheid. Onvoldoende recuperatie mogelijkheden zijn altijd punt van aandacht bij de beoordeling van de belastbaarheid, maar kunnen niet altijd worden gezien als een rechtstreeks en objectief medisch vaststelbaar gevolg van ziekte dan wel gebrek.

Als iemand onvoldoende ontspannende bezigheden in zijn vrije tijd verricht, dan zal dat veelal te maken hebben met keuzes die hij maakt die niet samenhangen met ziekte of gebrek.
Slaapproblematiek vindt vaak zijn oorsprong in een slechte slaaphygiëne. Een slechte slaaphygiëne is geen gevolg van ziekte of gebrek.

Slaap-waakstoornissen kunnen echter ook een symptoom zijn van ziekte, een ziekte op zichzelf zijn of een bijwerking zijn van medicatie en/of een gevolg van middelengebruik[10, 11, 12, 13, 14, 15].

Klachten over slapen en waken zijn bijvoorbeeld een onderdeel van het symptoomprofiel bij:

- stemmingsstoornissen
- angststoornissen
- traumastoornissen
- stressgerelateerde stoornissen
- chronisch hartfalen
- slaapgerelateerde ventilatiestoornissen
- M. Parkinson
- dementie

Voorbeelden van slaapstoornissen als een ziekte op zichzelf zijn:

- hypersomnia
- narcolepsie met en zonder kataplexie

Voorbeelden van parasomnia:

- slaapwandelen
- praten in de slaap
- bedplassen
- nachtmerries
- nachtangsten
- restless legssyndroom

Een bijzondere plaats nemen circadiane stoornissen in. Daar waar een afwijkend slaap-waakpatroon vaak een gevolg is van een slechte slaaphygiëne, is het bij circadiane stoornissen voor de patiënt niet mogelijk om het waak-slaapritme te veranderen. De slaap zelf is bij circadiane stoornissen meestal niet gestoord, maar past niet bij de sociale norm. Dit kan aanleiding zijn om van een afwijkende arbeidspatroon uit te gaan, maar niet om een beperkte duurbelastbaarheid aan te geven.

Als de verzekeringsarts op grond van een stoornis in de energiehuishouding heeft vastgesteld dat bij cliënt sprake is van een toegenomen noodzaak tot recuperatie kunnen in de beoordelingspraktijk de volgende uitkomsten aan de orde zijn:

- Een duurbelastbaarheid van gemiddeld ongeveer acht uur per dag (of meer) is aan de orde als er geen zodanig toegenomen recuperatienoodzaak bestaat dat cliënt niet binnen dezelfde dag in totaal ongeveer acht uur (of meer) kan werken.
- Een duurbelastbaarheid van gemiddeld ongeveer zes uur per dag is aan de orde als er na ongeveer vier uur werken een zodanige recuperatietijd nodig is dat binnen dezelfde dag niet nogmaals gedurende ongeveer vier uur een arbeidsprestatie kan worden geleverd.
- Een duurbelastbaarheid van gemiddeld ongeveer vier uur per dag is aan de orde als er na ongeveer vier uur werken een zodanige recuperatietijd nodig is dat binnen de zelfde dag (vrijwel) in het geheel geen arbeidsprestatie meer kan worden geleverd.
- Een duurbelastbaarheid van gemiddeld ongeveer twee uur per dag is aan de orde als ruim binnen een periode van vier uur werken een zodanige recuperatietijd nodig is dat binnen de zelfde dag niet nogmaals gedurende ongeveer twee uur een arbeidsprestatie kan worden geleverd.

Uiteraard zijn – in ieder geval in theorie – nog meer varianten mogelijk, zoals bijvoorbeeld twee plus twee plus twee.  De verzekeringsarts beschrijft deze mogelijkheden als hiervan sprake is.

De verzekeringsarts beperkt zich tot het bepalen van de duurbelastbaarheid als zodanig. Het is niet zijn taak om zijn oordeel mede te baseren op de inpasbaarheid van cliënt in concrete arbeid noch op de inpasbaarheid in een gebruikelijk arbeidspatroon.

Als de toegenomen noodzaak tot recuperatie gering is, is dit niet meteen aanleiding om ten opzichte van een gemiddeld ten minste achturige werkdag een beperking aan te nemen. Ten opzichte van het wettelijk kader, waarbij een ongeveer negenurige werkdag voor de langere termijn als acceptabel wordt beschouwd, is er bij de gezonde werknemer immers sprake van een zekere reserve. Deze reserve kan bij ziekte eerst worden aangewend. Deze reserve is echter op individueel niveau verschillend. Die wordt bijvoorbeeld bepaald door een individueel verschillende slaapbehoefte. Ook in dit opzicht is dus een individuele afweging noodzakelijk.

***Bepaling duurbelastbaarheid bij de indicatie preventief***

De duurbelastbaarheid wordt alleen op preventieve gronden beperkt bij bepaalde typen aandoeningen. Het gaat om aandoeningen die gepaard gaan met:

- een patroon van overschrijding van de eigen grenzen met recidief of toename van symptomen;
- zelfoverschatting door de cliënt;
- een beperkt ziektebesef.

Te denken valt aan de volgende aandoeningen:

- bipolaire stoornis; recidiverende manische episodes
- psychose
- narcistische persoonlijkheidsstoornis
- frontaal syndroom
- verstandelijke beperking
- multiple sclerose
- sommige auto-immuunaandoeningen
- ernstige vormen van cluster C persoonlijkheidsstoornissen

De effectiviteit van een maatregel als vermindering van de duurbelasting als middel ter preventie van overbelasting is vaak niet bekend. Daarom betrekt de verzekeringsarts bij zijn oordeelsvorming altijd in het verleden opgedane ervaringen, vooral die welke een aanwijzing kunnen zijn dat de duurbelasting te groot is geweest.

Wat in algemene zin geldt, geldt nadrukkelijk ook als op grond van de indicatie preventief een beperking van de duurbelastbaarheid wordt overwogen: de verzekeringsarts beoordeelt in eerste instantie of de problematiek van cliënt door het aangeven van een beperkte belastbaarheid op andere punten kan worden opgelost.

***Bepaling duurbelastbaarheid bij de indicatie verminderde beschikbaarheid***

Onder verminderde beschikbaarheid wordt verstaan dat cliënt als gevolg van zijn ziekte feitelijk niet ten minste acht uur per dag beschikbaar is om te werken.

Het gaat om de volgende mogelijkheden:

- er is extra tijd nodig voor zelfzorg
- er is sprake van extra reistijd
- behandeling in een ziekenhuis of (AWBZ-erkende) instelling: langdurige poliklinische behandeling of dagbehandeling;
- behandeling op indicatie van een medisch of paramedisch beroepsbeoefenaar (BIG-geregistreerd).

  *Voorbeeld*: Een rolstoelafhankelijke cliënt die wel zelfredzaam is moet voor douchen (transfers voor douche, rolstoel in en uit,) aankleden en uitkleden, koken, boodschappen doen, reizen, enz. systematisch meer tijd uittrekken dan een gezonde persoon. Als deze cliënt zich dan ook nog een aantal malen per dag moet katheteriseren is het duidelijk dat deze cliënt als gevolg van ziekte meer tijd nodig heeft voor zelfzorg die afgetrokken moet worden van de tijd beschikbaar voor recuperatie, ontspanning of werken.

Deze indicatie is van een andere orde dan de eerste twee, omdat de normale 24 uur cyclus hier niet verstoord hoeft te zijn. Die zou wel verstoord kunnen raken als de belasting naast de tijd nodig voor een behandeling op het zelfde niveau zou blijven. Een ander verschil is dat een behandeling vaak niet elke dag evenveel tijd in beslag zal nemen. Daarom is de belastbaarheid op weekbasis hier een optelsom van de per (werk)dag beschikbare uren.

*Behandeling*
Als de verzekeringsarts een verminderde beschikbaarheid op grond van een te ondergane behandeling overweegt, moet het gaan om een erkende medische behandeling.

Het aantal uren dat cliënt niet kan werken kan op twee gronden worden beperkt:

- het feitelijk niet aanwezig kunnen zijn van cliënt
- het niet beschikbaar zijn van cliënt in verband met voorbereiding op een behandeling, herstel van een behandeling en/of effect van een behandeling op het totale functioneren van cliënt

  *Voorbeeld*: een psychotherapeutische behandeling kan één tot twee keer per week een uur in beslag nemen. Dit betreft het feitelijke cliëntcontact. Het effect van de therapie kan echter zo groot zijn dat cliënt de rest van de dag niet meer in staat is (goed) te functioneren. Ook op dagen waarop geen therapie plaatsvindt kan de invloed ervan merkbaar zijn, zodanig dat hij niet tot voltijds werken in staat is. In feite is hier sprake van overlap met het indicatiegebied stoornis in de energiehuishouding, omdat zich hier een toename van de recuperatienoodzaak manifesteert.

Van de cliënt mag in dit verband het volgende worden verwacht:

- hij ondergaat een behandeling zo veel mogelijk buiten de meest gebruikelijke arbeidsuren
- hij stelt zich maximaal flexibel op bij de planning van het tijdstip van een behandeling

Voor de beoordeling door de verzekeringsarts betekent dit het volgende:

- de verzekeringsarts gaat uitsluitend tot het stellen van een beperkte duurbelastbaarheid over als het totaal aantal voor arbeid beschikbare uren op één of meer dagen minder is dan acht
- de verzekeringsarts sluit bepaalde dagen, dagdelen of uren van de dag niet uit voor het verrichten van arbeid door cliënt, tenzij cliënt uitsluitend op die bepaalde dagen, dagdelen of uren de noodzakelijke behandeling kan volgen.

De verzekeringsarts moet de verwachte duur van de noodzakelijke behandeling binnen de verschillende arbeidsongeschiktheidswetten anders wegen. Zo moet bijvoorbeeld bij een Ziektewet beoordeling een kortere behandeling worden meegewogen. En zo moet bijvoorbeeld in het kader van de WIA uitgegaan worden van een langdurige behandeling. Onder langdurig wordt in dit kader verstaan: een periode van tenminste 3 aaneengesloten maanden.

## 6. Rapportage

Als de verzekeringsarts bij zijn oordeelsvorming ook de duurbelastbaarheid van de cliënt expliciet heeft betrokken motiveert hij zijn conclusie in de rapportage, in het bijzonder bij het onderdeel Beschouwing.

### Toelichting

Als de verzekeringsarts de duurbelastbaarheid van de cliënt expliciet bij zijn oordeelsvorming heeft betrokken motiveert hij zijn conclusie ten aanzien van de duurbelastbaarheid altijd, dus ook als de duurbelastbaarheid niet beperkt is. Hij kan er daarbij niet mee volstaan uitsluitend één of meer indicatiegebieden te benoemen. Hij moet inhoudelijk beschrijven welke elementen uit zijn onderzoek in samenhang met elkaar, leiden tot welke mate van duurbelastbaarheid per dag.
Bij een stoornis in de energiehuishouding beschrijft hij de mate waarin de noodzaak tot recuperatie is toegenomen.
Bij de indicatie preventief beperkt hij zich tot bepaalde typen diagnosen en betrekt hij ervaringen uit het verleden.
Bij een verminderde beschikbaarheid beschrijft hij de aard, de duur en de gevolgen van de behandeling.

Inhoudelijke beschrijving betekent: gebaseerd op kennis van ziektebeelden en de onderliggende (patho)fysiologische mechanismen, kennis van het beloop en de prognose van ziektebeelden en kennis van de noodzakelijke behandeling en de gevolgen daarvan.

## Definities

*Activatie*
De normale reactie van het organisme op toenemende belasting.

*Duurbelastbaarheid in arbeid*
Het aantal uren per dag dat iemand in staat is arbeid te verrichten.

*Maatman-/maatvrouwomvang*
Dit is de omvang in duur die hoort bij de maatgevende arbeid; bijvoorbeeld 38 uur per week. De maatgevende arbeid is de arbeid die door de gelijksoortige gezonde persoon wordt verricht.

*Ontspannen*
Spanningen van de dag weg laten vloeien

*Ontspannende bezigheden*
Bezigheden met als doel de spanningen van de dag weg te laten vloeien

*Recuperatie*
Herstellen van inspanning, herwinnen van krachten.
Recuperatie kan zowel door ontspannende bezigheden als door rust of slaap worden bereikt.

*Rust*
Het zich overgeven aan een toestand die intreedt bij het ophouden met alle activiteiten en inspanningen.

# Literatuur

Deze standaard is geschreven als opvolger van de
1. standaard Verminderde arbeidsduur uit januari 2000 (LISV)

Deze standaard is in lijn met
2. het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten
3. de Arbeidstijdenwet,
4. de Directive 2003/88/EC of the European Parliament and of the Council of 4 November 2003 concerning certain aspects of the organisation of working time geschreven door Deloitte Consulting,
5. het verzekeringsgeneeskundig protocol participatiegedrag
6. Onderzoeksmethoden standaard uit oktober 2000 (LISV),
7. Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde uit maart 1999 (LISV)

Tijdens het proces waarin deze standaard tot stand is gekomen is meerdere keren gericht naar bestaande standaarden en richtlijnen gezocht, naar literatuur in de Cochrane database en in PubMed. Verder is gebruik gemaakt van literatuur waarop de werkgroep in verschillende stadia werd gewezen.

Er werd gezocht naar informatie over duurbelastbaarheid, de invloed van (excessieve) werktijden op de gezondheid, recuperatie en/of slaap, uithoudingsvermogen, en parttime werken.

### *Duurbelastbaarheid*

De Cochrane database werd zonder voor de standaard bruikbare resultaten met de volgende zoekstrategieën doorzocht:
work capacity/work capacities/work hour/work hours/work load/work loads/work time;/work-week/work weeks/workweek/workability/(exacerbat* or relaps*) AND endur*/prevention AND relapse (titel, abstract en keywords).

PubMed werd zonder voor de standaard bruikbare resultaten met de volgende zoekstrategie doorzocht:
- workability[All Fields] AND (Review[ptyp] AND "2005/05/14"[PDat] : "2015/05/11"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]).

### *De invloed van (excessieve) werktijden op de gezondheid*

Doorzoeken van de Cochrane database met de zoekterm: work times, leverde 1 resultaat op met een relatie tot de standaard:
8. European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence; Maria Cruz Rodriguez-Jareño, Evangelia Demou, Sergio Vargas-Prada, Kaveh A Sanati, Alenka Škerjanc, Pedro G Reis,Ritva Helimäki-Aro, Ewan B Macdonald, Consol Serra, on behalf of the UEMS Section of Occupational Medicine; Published 7 July 2014.

Daarnaast vonden wij de volgende literatuur:
9. European Commission DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Study to support an Impact Assessment on further action at European level regarding Directive 2003/88/EC and the evolution of working time organisation, Final report 21 December 2010, Deloitte Consulting: 33-42.

### *Recuperatie en/of slaap*

De volgende standaarden/richtlijnen werden gevonden:

10. CBO Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneusyndroom bij volwassenen, 2009.
11. Landelijke richtlijn Slaapproblemen van het integraal kankercentrum Nederland (www.oncoline.nl)
12. NHG standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (www.nhg.org),
13. The International Classification of Sleep disorders (www.esst.org)
14. The International Classification of Sleep disorders, revised; Produced by the American Academy of Sleep Medicine in association with the European Sleep Research Society, Japanese Society of Sleep Research and Latin American Sleep Society.

Verder vonden wij:
15. Thorpy, Michael J., Classification of Sleep Disorders, Neurotherapeutics, Oct 2012, 9(4): 687-701. Published online Sep 14, 2012.

***Uithoudingsvermogen:***
De Cochrane database werd zonder voor de standaard bruikbare resultaten met de zoekstrategie endure* doorzocht.

PubMed werd zonder voor de standaard bruikbare resultaten met de volgende zoekstrategieën doorzocht:

- („Physical Endurance" [Mesh] OR (endu* [tw]) AND ("Work Capacity Evaluation" [Mesh] OR "work capacity" [tw] OR „employment" [MeSH Terms] OR „workplace" [MeSH Terms]) AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2004/07/25"[PDat] : "2014/07/22"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])
- (((„Fatigue"[Mesh] or fatigue [tw])) OR (((„Physical Fitness"[Mesh] or fitness [tw]) OR „Physical Endurance"[Mesh] or endur* [tw]) OR „Physical Exertion"[Mesh] or exertion* [tw])) AND ((„Recurrence"[Mesh] or recurrence* [tw] or relapse* [tw])), met als filters: Meta-Analysis; Review; published in the last 10 years; Humans; English; German; Dutch.
- ("Physical Endurance" [Mesh] OR (endu* [tw]) AND ("Work Capacity Evaluation" [Mesh] OR "work capacity" [tw] OR „employment" [MeSH Terms] OR „workplace" [MeSH Terms]) AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2004/07/25"[PDat] : "2014/07/22"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])
- "Physical Endurance"[Mesh] OR "staying power"[All Fields] OR "normal endurance"[All Fields] OR (endurance[All Fields] AND performance[All Fields]) AND ("Work"[Mesh] OR "Employment"[Mesh]) OR "Workplace"[Mesh] AND (Meta-Analysis[ptyp] AND "2009/07/24"[PDat] : "2014/07/22"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang])

***Parttime werken***

Doorzoeken van de Cochrane database met de zoekterm flexible leverde 1 resultaat op met een relatie tot de standaard:

16. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing (Review); Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C.

Doorzoeken van PubMed leverde met de volgende zoekstrategie voor de standaard bruikbare resultaten op:

- (partial[All Fields] AND ("work"[MeSH Terms] OR "work"[All Fields]) AND ("aptitude"[MeSH Terms] OR "aptitude"[All Fields] OR "ability"[All Fields])) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2004/07/25"[PDat] : "2014/07/22"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang])

17. Henriksson CM1, Liedberg GM, Gerdle B., Women with fibromyalgia: work and rehabilitation., Disabil Rehabil. 2005 Jun 17;27(12):685-94.

18. Kausto J, Miranda H, Martimo KP, Viikari-Juntura E., Partial sick leave--review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries., Scand J Work Environ Health. 2008 Aug;34(4):239-49. Epub 2008 Sep 15.

PubMed werd zonder voor de standaard bruikbare resultaten met de volgende zoekstrategie doorzocht:
- "part time"[tw] AND (work[tw] OR employment[tw]) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2004/07/25"[PDat] : "2014/07/22"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang])

Wij werden verder gewezen op de volgende literatuur:

19. Sluiter JK, van der Beek AJ, Frings-Dresen MH., Work stress and recovery measured by urinary catecholamines and cortisol excretion in long distance coach drivers., Occup Environ Med. 1998 Jun;55(6):407-13.
20. Sluiter JK, van der Beek AJ, Frings-Dresen MH., The influence of work characteristics on the need for recovery and experienced health: a study on coach drivers., Ergonomics. 1999 Apr;42(4):573-83.
21. Sluiter JK, Frings-Dresen MH, van der Beek AJ., A forward-facilitating influence of cortisol on catecholamines assessed during the work of garbage collectors., Scand J Work Environ Health. 2000 Feb;26(1):26-31.
22. de Croon EM, Sluiter JK, Frings-Dresen MH., Need for recovery after work predicts sickness absence: a 2-year prospective cohort study in truck drivers., J Psychosom Res. 2003 Oct;55(4):331-9.
23. Sluiter JK, de Croon EM, Meijman TF, Frings-Dresen MH., Need for recovery from work related fatigue and its role in the development and prediction of subjective health complaints., Occup Environ Med. 2003 Jun;60 Suppl 1:i62-70.
24. Sluiter JK, van der Beek AJ, Frings-Dresen MH., Medical staff in emergency situations: severity of patient status predicts stress hormone reactivity and recovery., Occup Environ Med. 2003 May;60(5):373-4; discussion 375.
25. Sluiter JK, Frings-Dresen MH, van der Beek AJ, Meijman TF., The relation between work-induced neuroendocrine reactivity and recovery, subjective need for recovery, and health status., J Psychosom Res. 2001 Jan;50(1):29-37.

## Samenstelling van de werkgroep

De werkgroep heeft in de verschillende ontwikkelfasen van deze standaard bestaan uit:

- J. Crijns, verzekeringsarts
- N.Th. Croon, verzekeringsarts
- G. Egbers, verzekeringsarts
- R. Friesen, verzekeringsarts
- K.W. Golab, verzekeringsarts
- J.H. Crutzen, verzekeringsarts
- R.L.A.M. Leboux, verzekeringsarts
- C. Lemmers, verzekeringsarts
- W.C. Otto, verzekeringsarts
- A. Pelser, arbeidsdeskundige
- N. Visser, verzekeringsarts